

February-March 2021, Volume 10, Issue 1

The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on Psychological Components (Stress, Anxiety, Depression) and Problem Solving Styles in Students with Depression

Fahimeh Yravaisi¹, Zainab Mihandost^{2*}, Shahram Mami³

1- Ph. D Student in Psychology, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

(Corresponding author)

E-mail: xozns2006@yahoo.com

3- Assistant Professor of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

Received: 13 May 2020

Accepted: 6 Sep 2020

Abstract

Introduction: Depression is one of the most common causes of mental disorders in adolescents and high school students because adolescents are exposed to a variety of events in the environment of peers and friends, school and home. The aim of this study was to determine the effect of Dialectical Behavioral Therapy on psychological components (anxiety, stress, depression) and problem solving styles in junior high school students in Sanandaj.

Methods: The method of the present study was quasi-experimental using a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the present study included all female high school students in Sanandaj in the academic year of 1996-97. 40 female junior high school students were selected by cluster random sampling after screening to diagnose depression. To collect data, demographic questionnaire, "Beck Anxiety Inventory", "Stress, Anxiety and Depression Scale-42", "Beck Depression Inventory" and "Problem Solving Styles Questionnaire" was used. Content validity was measured by qualitative method, face validity and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's coefficient. Dialectical Behavioral Therapy were presented to the intervention group in 10 sessions of 90 minutes. Data were analyzed using SPSS.24.

Results: Dialectical Behavioral Therapy has a significant effect on psychological components (anxiety, stress, depression) and problem solving styles ($P < 0.001$).

Conclusions: Considering the effect of Dialectical Behavioral Therapy on changing the level of psychological components (anxiety, stress, depression) and problem-solving styles in students, it is suggested that officials in the field of research and student health use Dialectical Behavioral Therapy for students who are depressed.

Keywords: Conversational Behavior Therapy, Student, Problem Solving Style, Psychological Component.

تأثیر رفتاردرمانی گفتگویی بر مؤلفه های روانشناختی (اضطراب، تنش، افسردگی) و سبک های حل مسئله در دانش آموزان مبتلا به افسردگی

فهیمة یارویسی^۱، زینب میهن دوست^{۲*}، شهرام مامی^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران. (نویسنده مسئول).

ایمیل: xozns2006@yahoo.com

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲۴

چکیده

مقدمه: افسردگی از عوامل ایجادکننده اختلالات روانی در نوجوانان و دانش آموزان دبیرستانی است، زیرا نوجوانان در معرض تجربه کردن رویدادهای مختلفی در محیط همسالان و دوستان، مدرسه و خانه قرار دارند. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر رفتاردرمانی گفتگویی بر مؤلفه های روانشناختی (اضطراب، تنش، افسردگی) و سبک های حل مسئله در دانش آموزان دوره متوسطه اول شهرستان سنندج انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با استفاده از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهر سنندج در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۷ می باشد. ۴۰ دانش آموز دختر مقطع متوسطه اول به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای، پس از انجام مرحله غربالگری برای تشخیص افسردگی، انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی، "سیاهه اضطراب بک" (Beck Anxiety Inventory)، "مقیاس تنش، اضطراب و افسردگی" (Stress, Anxiety and Depression Scale) و "سیاهه افسردگی بک" (Beck Depression Inventory) و "پرسشنامه سبک های حل مسئله" (Problem Solving Styles Questionnaire) استفاده شد. روایی محتوا به روش کیفی، روایی صوری و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. رفتاردرمانی گفتگویی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای به گروه مداخله ارائه شد. داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها: رفتاردرمانی گفتگویی بر مؤلفه های روانشناختی (اضطراب، تنش، افسردگی) و سبک های حل مسئله تأثیر معناداری داشته است ($P < /0.01$).

نتیجه گیری: با توجه به تأثیر رفتاردرمانی گفتگویی در تغییر میزان مؤلفه های روانشناختی (اضطراب، تنش، افسردگی) و سبک های حل مسئله در دانش آموزان، پیشنهاد می شود که مسئولین حوزه پژوهش و سلامت دانش آموزان از رفتاردرمانی گفتگویی برای دانش آموزانی که مبتلا به افسردگی هستند، استفاده کنند.

کلید واژه ها: رفتاردرمانی گفتگویی، دانش آموز، سبک حل مسئله، مؤلفه روانشناختی.

مقدمه

عنوان شایع ترین اختلالات دوره نوجوانی شناخته شده است (۳، ۲) همچنین، افسردگی به عنوان پدیده روان شناختی از عوامل ایجادکننده اختلال روانی در نوجوانان و دانش آموزان دبیرستانی است؛ زیرا نوجوانان در معرض رویدادهای مختلفی در محیط همسالان و دوستان، مدرسه و خانه قرار دارند که موجب نگرانی های متعددی در آن ها می شود. همچنین

اضطراب حالتی مبهم در شخص است که به دلیل نداشتن منبع مشخص همواره برای فرد آزار دهنده می باشد. مطالعات پیشین از اضطراب به ویروس اختلالات روانی تعبیر کرده اند (۱، ۲). پژوهش های پیشین در مورد جامعه دانش آموزان نشان می دهد که تنش و اضطراب به

موضوعاتی مانند هویت جنسی، جسمی، شغلی و تحصیلی موجب اشتغالات ذهنی متعددی در دوران بلوغ می شود که موجب تنش، اضطراب و افسردگی در نوجوانان می شود (۱). اضطراب مداوم باعث آسیب و بیماری های درونی می شود. همچنین تخمین زده شده است عامل ۵۰ تا ۸۰ درصد بیماری ها تنش است (۲). براساس نظر سازمان جهانی بهداشت، میزان اضطراب در کشورهای در حال توسعه ۳۸/۶ درصد و در کشورهای پیشرفته ۸۳/۲ درصد بوده است (۳). اضطراب یک احساس ناخوشایند و مبهم و اغلب به شکل دلواپسی است که با حس تردید نسبت به یک عامل ناشناخته تعریف می شود (۴).

یکی دیگر از متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر تنش است. تنش حالتی است که از خارج بر فرد تحمیل می شود و ناراحتی های جسمانی و روانی را در پی دارد (۵). پژوهشگران معتقد هستند که تنش، ویژگی شخص یا محیط و یا یک محرک یا پاسخ نیست، تنش رابطه پویا و ویژه بین شخص و محیطی است که دائماً روی یکدیگر تأثیر می گذارند (۶، ۷). این حس ناخوشایند می تواند با علائم فیزیولوژیک، علائم عاطفی و علائم روحی بسیاری همراه باشد و به شکل یک احساس عاطفی شدید بروز کند (۷). همچنین تنش، نوعی ناراحتی روانی و بدنی است که بر اثر ترسی مبهم در فرد بوجود می آید (۸). مطالعات نشان داده اند که از هر ۴ تن، یک تن دارای ملاک های تشخیص حداقل یکی از اختلالات روانشناختی است و این در حالی است که زنان بیشتر از مردان به این اختلالات مبتلا می شوند (۸، ۹). برخی از افراد نوعی تنش عمومی دارند، به طوری که به نظر می رسد این افراد همیشه پریشان بوده اند (۹). برخی دیگر یک سبک زندگی فشارزا برای سال های طولانی داشته، همیشه کارها را با عجله انجام داده و هیچ گاه آرام و قرار نداشته اند (۹، ۱۰). به دلیل همین تنش مستمر و طولانی، زمینه افسردگی در آن ها فراهم شده است (۱۰).

افسردگی نیز یک اختلال بیوشیمیایی یا یک پاسخ محیطی است که به وسیله غمگینی، فقدان فعالیت، مشکل در تفکر و تمرکز مشخص می شود. افزایش یا کاهش معنادار در اشتها و خواب، احساس اندوهگینی و ناامیدی و گاهی اوقات تمایلات خودکشی نیز از جمله نشانه های افسردگی هستند (۱۱). پژوهش در زمینه افسردگی کودکان و نوجوانان در اواخر قرن بیستم شدت گرفت هرچند سوالات زیادی در

مورد طبیعت، علل و درمان آن باقی ماند. اگرچه افسردگی دوران کودکی و نوجوانی، اختلال نسبتاً کمیابی است ولی اختلال بسیار پیچیده ای محسوب می شود چون به عوامل رشدی بستگی دارد، تاحدودی با اختلالات دیگری رابطه دارد و بر کارکردهای روانی اجتماعی کودک و نوجوان تأثیر منفی و بلندمدت می گذارد (۱۲). بنابراین، توجه به مداخله و درمان تنش، اضطراب و افسردگی دانش آموزان مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است.

یکی از مهمترین شاخص های سلامت روان در دانش آموزان، سبک حل مسئله است (۱۳). حل مسئله به عنوان یک مهارت اساسی در عرصه های اجتماعی برای دانش آموزان لازم و ضروری است. این مهارت فرایند فکری، منطقی و نظام مندی است که به افراد کمک می کند تا هنگام رویارویی با مشکلات راه حل های مختلفی جستجو کنند و بهترین راه را برگزینند. حل مسئله، مهارت شناختی پیچیده ای است که در مقایسه با سایر فرایندهای شناختی مستلزم سطوح بالایی از سلامت روان است که توجه، ادراک، حافظه و پردازش اطلاعات را تحت تأثیر قرار می گیرد (۱۴). حل مسأله مهارت شناسایی مشکل و طی کردن مراحل برای حل آن است. فرآیندی نظام مند که در تحلیل مشکل تمرکز دارد (۱۵).

مهارت حل مسأله از مهارت های تصمیم گیری و تفکر انتقادی است. در واقع مهارت حل مسأله پردازشی شناختی، به منظور تبدیل موقعیت مفروض به موقعیت مطلوب است. این تعریف ۴ ایده اساسی را دربر می گیرد. نخست این که حل مسأله امری شناختی است، یعنی درون ذهن یا دستگاه شناختی فرد حل کننده صورت می گیرد. دوم اینکه، یک فرآیند است، یعنی متضمن دستکاری معلومات در دستگاه شناختی یا ذهن حل کننده است. سوم: جهت دار است، یعنی غرض از آن حل کردن یک مسأله است و چهارم: امری شخصی است، یعنی دشواری تبدیل حالت مفروض از یک مسأله به حالت مطلوب آن، بستگی به دانش کنونی حل مسأله دارد (۱۶). Cassidy & Long (۱۷) شش سبک حل مسأله ی خلاقانه، اعتماد، گرایش، درماندگی، مهارگری کنترل واجتناب را معرفی کرده اند. سبک حل مسأله خلاقانه، نشان دهنده ی برنامه ریزی و در نظر گرفتن راه حل های متنوع بر حسب موقعیت مسأله زاست. سبک اعتماد در حل مسأله، بیانگر اعتقاد در توانایی فرد برای حل مشکلات است. سبک گرایش،

افسردگی تأثیری معنادار می‌گذارد. زمانی و همکاران (۲۵) به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی گفتگویی، بر افسردگی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکروزیس پرداختند. نتایج نشان داد که بین میانگین نمره های افسردگی گروه مداخله یعنی رفتاردرمانی گفتگویی با گروه کنترل، تفاوت معنا داری وجود دارد. به این صورت که میزان افسردگی در گروهی که تحت مداخله رفتاردرمانی گفتگویی قرار گرفته بودند میزان افسردگی نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته بود. مامی و همکاران (۲۶) پژوهشی با عنوان اثربخشی رفتاردرمانی گفتگویی بر علائم افسردگی، اضطراب و تنش در بیماران مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی انجام دادند. نتایج نشان داد که میزان بهبودی کلی در هر ۳ خرده مولفه افسردگی، اضطراب و تنش به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۱ و ۰/۷۰ درصد بوده است که نشانگر اثربخشی رفتاردرمانی گفتگویی بر کاهش متغیرهای افسردگی، اضطراب و تنش افراد مبتلا به اختلالات خوردن بوده است.

رادفر و همکاران (۲۷) پژوهشی با عنوان اثربخشی دو مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی گفتگویی را بر نافرمانی مقابله ای ۳۰ کودک ۷ تا ۱۲ ساله مراجعه کننده به بیمارستان روان پزشکی اطفال انجام دادند. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین اثربخشی این دو مداخله در اختلال نافرمانی مقابله ای وجود نداشت و هر دو مداخله به یک اندازه موجب بهبود علائم این اختلال شد. آسمند و همکاران (۲۸) به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی گفتگویی در درمان باورهای غیرمنطقی و اضطراب جوانان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی زندان مردان ایلام پرداختند. یافته ها حاکی از اثربخشی درمان گفتگویی بر کلیه زیرمقیاس های باورهای غیرمنطقی و اضطراب نمونه ها می باشد. با توجه به تأثیرات منفی اضطراب، افسردگی و تنش بر زندگی تحصیلی دانش آموزان و همچنین نیاز به افزایش حل مسئله برای بهزیستی بیشتر، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر رفتاردرمانی گفتگویی بر تنش، اضطراب، افسردگی و سبک های حل مسئله در دانش آموزان دوره متوسطه اول شهر سنجند انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است که با استفاده از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانش آموزان دختر

نگرش مثبت نسبت به مشکلات و تمایل به مقابله ی رو در رو با آن ها را نشان می دهد. سبک درماندگی، بیانگر بی یابوری فرد در موقعیت های مساله زاست. سبک مهارگری، به تأثیر کنترل کننده های بیرونی و درونی در موقعیت مساله زا اشاره دارد و در نهایت، سبک اجتناب گویای تمایل به نادیده گرفتن مشکلات به جای مقابله با آن هاست. Cassidy & Long رابطه سبک های حل مسئله با سلامت روان، اضطراب تنش و افسردگی تأیید کرده اند (۱۷). از جمله این درمان ها می توان به درمان های موسوم همچون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی گفتگویی اشاره کرد. مطالعات نشان داده است که مداخلات موج سوم بر میزان عاطفه منفی (۱۸،۱۹)، کاهش اضطراب و افسردگی (۲۰) و ارتقای بهزیستی عمومی (۲۱) اثربخشی مثبت و معنی داری داشته اند. یکی دیگر از پرطرفدارترین مداخلات موج سوم درمان های روانشناختی، رفتاردرمانی گفتگویی است. رفتار درمانگری گفتگویی، درمانی نوپاست که در مراکز علمی معتبر جهان بسیار مورد توجه بوده و کاربرد های بسیاری برای فوریت ها و مداخله در بحران ها و درمان بیماران آشفته و اختلال های پیچیده دارد (۲۲). علاوه، اثربخشی زیادی بر اختلالات مقاوم به درمان مانند وسواس، اضطراب دارد و اثربخشی آن بر افسردگی بسیار امیدوار کننده است. این مداخلات مربوط به درمان های شناختی رفتاری که مبتنی بر اصل تغییر می باشند با آموزه های فلسفه شرقی ذهن که مبتنی بر اصل پذیرش است در هم آمیخته است (۲۳).

خانسی و همکاران (۲۲) پژوهشی با عنوان «اثربخشی رفتاردرمانی گفتگویی بر افسردگی» انجام دادند. پژوهش نیمه تجربی، با دو گروه مداخله (رفتار درمانی گفتگویی) و کنترل در بین مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی با تشخیص اختلال افسردگی انجام شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل پس از اجرای رفتاردرمانی گفتگویی در متغیر افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. حییبی و همکاران (۲۳) به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی گفتگویی بر بهبود علایم بیماران مبتلا به افسردگی پرداختند. نتایج نشان داد بین میانگین افسردگی گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، یافته های این مطالعه حاکی از آن است که رفتاردرمانی گفتگویی موجب بهبود افسردگی می شود. همچنین دامانجانسی و همکاران (۲۴) در مطالعه خود نشان دادند که رفتاردرمانی همواره بر

مقطع متوسطه اول شهر سنج در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶ تشکیل دادند که نمونه مورد مطالعه نیز از این جامعه انتخاب شد. براساس جامعه آماری و هدف پژوهش با توجه به مقایسه ای بودن آن، تعداد ۴۰ تن از دانش آموز دختر مقطع متوسطه اول انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای استفاده شد. در این روش ابتدا از بین دبیرستان های دخترانه متوسطه اول شهر سنج چهار دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شد و سپس از هر دبیرستان دو کلاس به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مطالعه حاضر تعداد نمونه با توجه به واریانس برگرفته از مطالعه اولیه روی ۳۹ مشارکت کننده با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن حداکثر خطای قابل قبول ۰/۰۶ و سطح اطمینان ۰/۸۸ برابر با ۴۰ تن برآورد شد.

ملاک های ورود به پژوهش: ۱- دختر باشند ۲- دانش آموز مقطع متوسطه اول باشد ۳- نمره کل افسردگی دانش آموز بالاتر از حد متوسط باشد به این صورت که نمره در «مقیاس افسردگی بک» (Beck Depression Scale) بالاتر از ۱۴ باشد. و نمره کل اضطراب با استفاده از «سیاهه اضطراب بک» (Beck Anxiety Inventory) بالاتر از ۸ باشد. ملاک های خروج از پژوهش شامل: ۱- مصرف هر گونه داروی روانپزشکی ۲- داشتن پرونده روانپزشکی و تشخیص یک اختلال خاص (مانند رفتارهای خودآسیب رسان و خودزنی، وسواس، اختلالات یادگیری و غیره) ۳- داشتن مشکل جسمانی خاص ۴- جدایی والدین ۵- داشتن سابقه مصرف مواد یا داروهای روانگردان بود.

داده ها با پرسشنامه های زیر جمع اوری شد.

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل بررسی دامنه سنی، سطح تحصیلات، وضعیت شغل پدر و مادر شرکت کنندگان در مطالعه بود.

«سیاهه اضطراب بک» توسط Beck و همکاران در سال ۱۹۸۸ طراحی شده است (۳۱). یک ابزار خود گزارشی ۲۱ عبارتی برای سنجش شدت اضطراب است. آزمودنی ها باید با توجه به هر یک از عبارت ها و بر اساس یک مقیاس لیکرتی ۴ درجه ای ۰ تا ۳ شدت علائم اضطرابی خود را درجه بندی کنند. نمره بیش تر نشانگر اضطراب شدیدتر هستند. پس از جمع کردن نمره ها حاصل از ۲۱ عبارت، نمره کل فرد محاسبه می شود که نمره صفر تا ۷ نشان دهنده فقدان اضطراب، نمره ۸-۱۵ نشان دهنده اضطراب خفیف، نمره ۱۶-۲۵ نشان دهنده اضطراب

متوسط و نمره ۲۶-۶۳ نشان دهنده اضطراب شدید می باشد. Beck و همکاران (۳۲) روایی صوری و محتوا به روش کیفی سیاهه را با استفاده از نظر ۸ تن از متخصصان حوزه سلامت روان مطلوب گزارش کرده اند. همچنین برای بررسی میزان پایایی سیاهه، آن را روی ۴۸۹ دانش آموزان دارای اضطراب روانی شدید اجرا کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ، ۰/۹۲ و ثبات به روش بازآزمایی به فاصله یک ماه ۰/۷۵ گزارش کردند. همچنین در مطالعه Toledano-Toledano & delaRubia (۳۳) روایی صوری و محتوا به روش کیفی ابزار با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی مطلوب گزارش شده است و علاوه بر این پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ بر روی ۳۹۴ تن از دانش آموزان دارای اختلالات پزشکی در شهر برلین انجام شد ۰/۸۷ بدست آمد که مطلوب گزارش شده است.

کاوایانی و موسوی (۳۴)، در مطالعه خود با عنوان بررسی روایی و پایایی «سیاهه اضطراب بک» روایی محتوا به روش کیفی ابزار را با استفاده از نظر ۹ تن از متخصصان حوزه روانشناسی سلامت مطلوب گزارش کردند. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ بر روی ۷۵۴ تن از دانش آموزان تهران انجام و ۰/۷۲ گزارش کردند. وحیدی و همکاران (۳۵) در مطالعه خود تاثیر آموزش مولفه های هوش هیجانی بر روی اضطراب پرستار شاغل در بیمارستان های سبزوار انجام دادند. روایی صوری و محتوا به روش کیفی «سیاهه اضطراب بک» را با استفاده از نظر ۸ تن از متخصصان حوزه روانشناسی سلامت در شهر سبزوار مطلوب و همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ ۱۳۵ پرستار شاغل در بیمارستان های شهر سبزوار انجام دادند، ۰/۸۲ را گزارش کرده اند.

«مقیاس تنش، اضطراب و افسردگی» (Stress, Anxiety and Depression Scale) توسط Lovibond & Lovibond در سال ۱۹۹۵ ساخته شد (۳۶). این مقیاس از ۴۲ عبارت مرتبط با علائم منفی (اضطراب، تنش، افسردگی) تشکیل شده است و هر زیرمقیاس ۱۴ عبارت را در بر دارد. خرده مولفه اضطراب (anxiety) عبارات ۱ تا ۱۴ می باشد و بیش انگیختگی فیزیولوژیک، ترس ها و اضطراب های موقعیتی را مورد ارزیابی قرار می دهد.

کردند، برای سه خرده مقیاس را به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ بدست آوردند.

«سیاهه افسردگی بک» (Beck Depression Inventory) توسط Beck طراحی شده است (۲۹). این سیاهه دارای ۲۱ عبارت است که علائم روانی و جسمانی افسردگی را به صورت خودگزارشی ارزیابی می کند. ۷ عبارت از این سیاهه «علائم انگیزشی-عاطفی» (motivational-emotional symptoms) (شامل عبارت های ۱، ۵، ۸، ۱۱، ۱۹، ۲۰، ۲۱)، ۶ عبارت «علائم شناختی» (cognitive symptoms) (شامل عبارت های ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۸) و ۶ عبارت «علائم نباتی افسردگی» (vegetative symptoms of depression) (شامل عبارت های ۴، ۶، ۷، ۱۵، ۱۶، ۱۷) را می سنجد. آزمودنی باید جمله های هر گروه از عبارت ها را با دقت مطالعه و جمله ای را انتخاب کند که به بهترین نحو وضع کنونی او را توصیف می کند. دامنه نمره برای هر عبارت از صفر تا ۳ است (نمره صفر، بیانگر عدم علائم افسردگی و نمره ۳ نشانگر شدت افسردگی است). نمره کل پس از جمع کردن نمره ها ۲۱ عبارت محاسبه می شود. نمره صفر تا ۱۳ نشان دهنده فقدان افسردگی، نمره ۱۹-۱۴ نشان دهنده افسردگی خفیف، نمره ۲۸-۲۰ نشان دهنده افسردگی متوسط و نمره ۶۳-۲۹ نشان دهنده افسردگی شدید می باشد (۲۹). در مطالعه Beck و همکاران (۲۹) روایی محتوا به روش کیفی ابزار بر روی ۳۵۰ تن از دانش آموزان مبتلا به افسردگی در کشور انگلستان اجرا و تایید شد. ضریب همبستگی روایی ملاکی همزمان «سیاهه افسردگی بک نسخه دوم» با «مقیاس افسردگی همپلتون» (Hamilton Depression Scale) ۰/۷۱ گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق ۰/۹۳ گزارش شد. در مطالعه Toledo-Toledano & Domínguez-Guede (۳۰) که روی ۲۸۰ تن از زوجین خانواده های دارای دانش آموزان با بیماری مزمن انجام شد، روایی صوری و محتوا به روش کیفی «سیاهه افسردگی بک» با استفاده از نظر متخصصان مطلوب گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۲ و ثبات به روش باز آزمایی پس از ۹ هفته ۰/۸۴ گزارش شد.

گلچین (۳۸) در مطالعه خود برای بررسی روایی صوری و محتوا به روش کیفی «سیاهه افسردگی بک» را بر اساس نظرات ۸ نفر از متخصصان حوزه روانشناسی سلامت در

خرده مولفه تنش (stress) (عبارات ۱۵ تا ۲۸) می باشد و دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک پذیری و بیقراری را در بر می گیرد. خرده مولفه افسردگی (depression) (عبارات ۲۹ تا ۴۲) است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و توانمندی را می سنجد. عبارات به صورت، صفر= هرگز= ۱ خفیف، ۲= خفیف، ۳= شدید و بر اساس طیف لیکرت طبقه بندی شده اند. دامنه نمره بین صفر تا ۱۲۶ است. نمره صفر به این معناست که شخص پاسخ دهنده اضطراب، تنش و افسردگی خفیف و بهینه دارد و نمره ۱۲۶ به این معناست که شخص دارای اضطراب، تنش و افسردگی بسیار شدید و نامطلوب است. همچنین برای هر زیرمقیاس کمترین و بیشترین نمره به ترتیب صفر و ۴۲ می باشد (۳۶).

بعلاوه، «مقیاس تنش، اضطراب و افسردگی» با ۲۱ عبارت در این پژوهش جهت سنجش متغیر تنش در پژوهش حاضر، مورد استفاده قرار گرفت. عبارات به صورت، صفر=هرگز= ۱ خفیف، ۲= خفیف، ۳= شدید و بر اساس طیف لیکرت طبقه بندی شده اند. دامنه نمره بین صفر تا ۶۳ است. نمره صفر به این معناست که شخص پاسخ دهنده تنش، اضطراب و افسردگی خفیف و بهینه دارد و نمره ۶۳ به این معناست که شخص دارای تنش، اضطراب و افسردگی بسیار شدید و نامطلوب است.

Lovibond & Lovibond (۳۶) در پژوهش خود جهت سنجش روایی ملاکی همزمان، همبستگی «مقیاس تنش، اضطراب و افسردگی» را با «سیاهه اضطراب بک» (Beck Anxiety Inventory) انجام دادند و عدد ۰/۸۱ بدست آمد که نشان از روایی مطلوب می باشد. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۷۱۷ تن از بزرگسالان مبتلا به افسردگی، برای ۳ زیرمقیاس تنش، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۹ به دست آوردند.

در ایران، اصغری مقدم و همکاران (۳۷) در پژوهشی برای بررسی روایی صوری و محتوا به روش کیفی «مقیاس تنش، اضطراب و افسردگی» را بر اساس نظرات ۱۱ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی مطلوب گزارش کردند. همچنین، ثبات به روش باز آزمایی در فاصله ۳ هفته ای را که روی ۴۲۰ نمونه غیربالینی از دانش آموزان شهر کرج اجرا

نمره در هر خرده مقیاس ۴ است که نشان دهنده این است فرد در سبک حل مساله مربوطه بسیار ضعیف است و نمره ۲۰ در هر خرده مقیاس نشان دهنده این است که فرد در آن سبک حل مساله دارای توانایی بسیار بالایی است. در مطالعه Pargament و همکاران (۴۰) روایی محتوا به روش کیفی «پرسشنامه سبک های حل مسئله» با استفاده از نظر ۸ تن از متخصصان حوزه روانشناسی تربیتی، مطلوب گزارش شد. همچنین محاسبه ضریب آلفا کرونباخ پرسشنامه که روی ۱۵۹ تن از دانشجویان دانشگاه برکلی انجام شد را در دامنه ۰/۵۲ تا ۰/۷۱ و پایایی کل ابزار را ۰/۸۱ مطلوب گزارش کرده اند (۴۱).

در ایران، محمدی (۴۲) در پژوهش خود که روی دانشجویان دختر دانشکده های مختلف دانشگاه شیراز انجام داد، از «پرسشنامه سبک های حل مسئله» استفاده کرد. در این مطالعه روایی محتوا به روش کیفی ابزار با استفاده از نظر ۱۰ تن از متخصصان حوزه روانشناسی تربیتی دانشگاه شیراز مطلوب گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ مولفه های پرسشنامه که روی ۱۱۳ تن از دانشجویان در شهر شیراز انجام شد، در دامنه ۰/۵۱ تا ۰/۷۲ گزارش شد. جعفرزاده و همکاران (۴۳) مطالعه ای در ایران روی ۳۵۰ تن از دانش آموزان دوره دبیرستان مدارس نمونه و عادی شهر شبستر انجام دادند. نتایج نشان داد که روایی صوری «پرسشنامه سبک های حل مسئله» با استفاده از نظر ۹ تن از متخصصان حوزه روانشناسی تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد مطلوب است و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ در نمونه فوق انجام و گزارش ۰/۹۲ شد.

در مطالعه حاضر روایی محتوا به روش کیفی و روایی صوری پرسشنامه های مورد استفاده با استفاده از نظر ۱۸ تن از متخصصان حوزه روانشناسی تربیتی (۹ تن) و روانشناسی سلامت (۹ تن) دانشگاه کردستان مطلوب گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ برای ۱۸۰ تن از دانش آموزان مقطع متوسطه در سالن آمفی تئاتر یکی از مدارس شهر سنندج اندازه گیری شد. برای «سیاهه افسردگی بک نسخه دوم»، «سیاهه اضطراب بک»، «مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش» و «پرسشنامه سبک های حل مسئله» به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۹، ۰/۸۱ و ۰/۹۰ گزارش شد. کل فرآیند نمونه گیری تقریباً ۳۸ روز به طول انجامید.

دانشگاه اصفهان مطلوب گزارش کردند. همچنین ضریب پایایی به روش بازآزمایی در فاصله ۴ هفته ای را که روی ۶۰ نفر از بیماران دیابتی شهر اصفهان اجرا کردند ۰/۸۸ و مطلوب گزارش کرده اند. در یکی از مطالعات ایران که توسط Dobson و همکاران (۳۱) بروی ۴۵ تن از دانش آموزان مبتلا به افسردگی اساسی در شهر رشت انجام شد، روایی صوری و محتوا به روش کیفی با استفاده از نظر ۶ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی مطلوب گزارش شده است. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ بر روی ۳۵۳ دانش آموز مبتلا به افسردگی اساسی در شهر رشت انجام و ۰/۷۹ بدست آمد (۳۰). یادگاری و همکاران (۳۹) در مطالعه خود روی ۱۴۸ نفر از نوجوانان دختر شهر همدان، روایی صوری و محتوایی «سیاهه افسردگی بک» را با استفاده از نظر ۷ نفر از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی در دانشگاه علوم پزشکی همدان مطلوب گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ ۰/۸۱ و مطلوب گزارش شده است.

«پرسشنامه سبک های حل مسئله» (Problem Solving Styles Questionnaire) یک ابزار ۲۴ عبارتی را Cassidy & Long در سال ۱۹۹۶ ساخته اند که ۶ مولفه دارد و هر مولفه دارای ۴ عبارت است (۴۰). این مولفه ها عبارتند از «درماندگی در حل مسئله» (helplessness in problem solving) (شامل عبارت های ۱، ۳، ۵، ۷)، «کنترل در حل مسئله» (control in problem solving) (شامل عبارت های ۲، ۴، ۶، ۸)، «سبک حل مسئله خلاقانه» (creative problem solving style) (شامل عبارت های ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲)، «اعتماد در حل مسئله» (confidence in problem solving) (شامل عبارت های ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۱۹)، «سبک اجتناب» (avoid style) (شامل عبارت های ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰) و «سبک گرایش» (trend style) (شامل عبارت های ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴). پاسخ عبارت ها در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالفم=۱ طبقه بندی شده اند. حداقل و حداکثر نمره برای خرده مولفه های درماندگی در حل مسئله (۲۰-۴)، کنترل در حل مسئله (۲۰-۴)، سبک حل مسئله خلاقانه (۲۰-۴)، اعتماد در حل مسئله (۲۰-۴)، سبک اجتناب (۲۰-۴) و سبک گرایش (۲۰-۴) است. تفسیر نمره به این صورت است که در هر خرده مقیاس دامنه نمره بین ۴ تا ۲۰ است. پایین ترین

فهیمة یارویسی و همکاران

جلسه اول: شرکت کننده با مفهوم ذهن آگاهی و حالات ذهنی آشنا شد.

جلسه دوم: دو دسته مهارت برای دست یابی به ذهن آگاهی؛ دسته اول مهارت های چه چیز (شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن)؛ و دسته دوم مهارت های چگونه (شامل موضع غیر قضاوتی، خود هشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن)؛ آموزش داده شد.

جلسه سوم: به شرکت کنندگان آموزش راهبرد های پرت کردن حواس ارائه شد.

جلسه چهارم: به شرکت کنندگان آموزش خودآرام سازی با حواس پنج گانه داده شد.

جلسه پنجم: مهارت های بهسازی لحظات و روش سود و زیان آموزش داده شد.

جلسه ششم: مفهوم پذیرش واقعیت (شامل پذیرش محض، برگرداندن ذهن و رضایتمندی) مورد بررسی و آموزش قرار گرفت.

جلسه هفتم: مفهوم تنظیم هیجانی (شامل آموزش الگوی شناسایی هیجانات و برچسب زدن به آنها) مورد بررسی و آموزش قرار گرفت.

جلسه هشتم: مفهوم تنظیم هیجانی (آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت)، مورد بررسی و آموزش قرار گرفت.

در این پژوهش، کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان شناسی آمریکا مورد توجه قرار گرفت و اجرا گردید. در ابتدای پژوهش، ضمن ارائه توضیحات کافی به تمام داوطلبان شرکت در پژوهش در مورد اهمیت، شیوه، مدت و شرایط اجرای درمان از آن ها رضایت نامه کتبی از والدین برای شرکت فرزندان آن ها در پژوهش گرفته شد. ضمن این که به آن ها اعلام گردید، اجازه دارند در هر مرحله از مطالعه از شرکت انصراف دهند. همچنین کلیه ملاحظات اخلاقی در مورد عدم اشاره به نام و هویت شرکت کنندگان در پژوهش به هنگام گزارش نتایج پژوهشی رعایت شد. در ضمن، پس از اتمام مراحل اجرایی، دوره ای مشابه برای افراد گروه کنترل برگزار شد.

داده های حاصل از پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی، از کمترین نمره، بیشترین نمره، میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب کجی و کشیدگی و آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی سوالات و فرضیات پژوهش استفاده می شود. داده ها با نرم افزار اس پی اس

در مرحله بعد آزمودنی ها به صورت تصادفی ساده با استفاده از روش قرعه کشی به گروه مداخله و گروه کنترل تقسیم شدند. سپس از گروه مداخله خواسته شد که در آموزش رفتاردرمانی گفتگویی شرکت کنند. بعد از انتخاب نمونه برای گروه مداخله و کنترل به صورت گروهی و با استفاده از «سیاهه اضطراب بک»، «مقیاس تنش، اضطراب و افسردگی»، «سیاهه افسردگی بک» و «پرسشنامه سبک های حل مسئله» پیش آزمون و پس آزمون اجرا شد.

چهار هفته پس از اجرای پیش آزمون، برگزاری جلسات گروهی در سالن آمفی تئاتر یکی از مدارس سنج که دارای فضای کافی با ۴۵ صندلی بود توسط یکی از پژوهشگران که دوره تخصصی مربوط به رفتاردرمانی گفتگویی را گذرانده بود آغاز شد و ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هر هفته دو جلسه برنامه آموزش رفتاردرمانی گفتگویی برای گروه مداخله برگزار شد. برای گروه کنترل هیچ مداخله ای انجام نشد و به آن ها گفته شد که طی انجام پژوهش در جای دیگر نیز مداخله ای دریافت نکنند. یک هفته پس از پایان مداخله آموزش، «سیاهه اضطراب بک» «مقیاس تنش، اضطراب و افسردگی»، «سیاهه افسردگی بک» و «پرسشنامه سبک های حل مسئله» مورد استفاده در پیش آزمون در پس آزمون برای گروه مداخله و گروه کنترل اجرا شد. به جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، بعد از اتمام پژوهش، برای گروه کنترل کارگاه آموزشی در همان سالن آمفی تئاتر که دارای فضای کافی با ۴۵ صندلی بود توسط یکی از پژوهشگران که دوره تخصصی مربوط به رفتاردرمانی گفتگویی را گذرانده بود، نیز برگزار شد.

شرح جلسات مداخله رفتاردرمانی گفتگویی:

دستورالعمل جلسات بر اساس رفتاردرمانی گفتگویی Linehan بود (۴۴). دستورالعمل Linehan (۴۴) توسط قدم پور و همکاران (۴۴) ترجمه و سپس به متخصصان مربوطه ارائه شده است که بر اساس نظر ۱۲ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی محتوای این دستورالعمل مطلوب و دارای روایی صوری و محتوایی می باشد (۴۳). در مطالعه قدم پور و همکاران (۴۴) که با عنوان تاثیر رفتاردرمانی گفتگویی بر تغییر سطح باورهای فراشناختی مثبت و منفی و نگرانی از تصویر بدنی دانش آموزان دختر افسرده ۴۰ تن از دانش آموزان دختر مبتلا به افسردگی شهر خرم آباد انجام شد کاربرد دستورالعمل رفتاردرمانی گفتگویی Linehan (۴۴) را مطلوب گزارش کرده اند.

اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها

کنندگان در پژوهش دختر بودند. پدر ۲۷ تن از شرکت کنندگان شاغل و ۱۳ تن دیگر غیرشاغل بودند. همچنین مادر ۱۸ تن از شرکت کنندگان شاغل و ۲۲ تن دیگر غیر شاغل بودند.

در مطالعه حاضر تعداد کل شرکت کنندگان ۴۰ تن با دامنه سنی بین ۱۲ تا ۱۴ سال بودند. همچنین همه شرکت

جدول ۱: شاخص های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

شاخص متغیر	وضعیت گروهی		پیش آزمون		پس آزمون	
	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
افسردگی	کنترل	۴۰/۶۰	۲/۶۶	۴۰/۲۶	۲/۹۸	
	رفتاردرمانی گفتگویی	۳۹/۸۰	۲/۸۸	۳۱/۶۶	۲/۷۹	
اضطراب	کنترل	۲۹/۷۳	۲/۲۸	۲۸/۲۱	۳/۳۹	
	رفتاردرمانی گفتگویی	۲۹/۱۳	۲/۳۵	۲۱/۴۶	۳/۶۲	
تنش	کنترل	۲۴/۱۲	۲/۹۱	۲۵/۱۵	۳/۳۶	
	رفتاردرمانی گفتگویی	۲۵/۸۴	۲/۴۴	۱۷/۸۷	۳/۴۵	
خلاقیت	کنترل	۱/۰۶	۰/۳۹	۱/۱۷	۰/۲۸	
	رفتاردرمانی گفتگویی	۱/۱۳	۰/۵۰	۳/۹۳	۰/۸۸	
اعتماد	کنترل	۲/۸۶	۰/۲۱	۲/۸۷	۰/۲۲	
	رفتاردرمانی گفتگویی	۲/۶۲	۰/۱۷	۵/۳۹	۱/۰۱	
گرایش	کنترل	۱/۴۶	۰/۱۵	۱/۳۳	۰/۲۷	
	رفتاردرمانی گفتگویی	۱/۰۰	۰/۸۷	۳/۷۱	۰/۶۵	
مهارگری	کنترل	۱/۷۲	۰/۱۸	۱/۹۱	۰/۷۸	
	رفتاردرمانی گفتگویی	۱/۲۱	۰/۵۱	۳/۹۲	۰/۴۲	
درماندگی	کنترل	۳/۱۳	۰/۹۸	۳/۶۹	۰/۸۴	
	رفتاردرمانی گفتگویی	۳/۵۶	۰/۷۱	۱/۷۱	۱/۰۷	
اجتناب	کنترل	۳/۴۲	۰/۹۲	۳/۴۹	۰/۸۹	
	رفتاردرمانی گفتگویی	۳/۸۴	۰/۹۵	۱/۸۶	۱/۰۷	

درماندگی، اجتناب)، آزمون کلموگروف-اسمیرنف، بکار برده شد. یافته های آماری نشان داد که مقادیر به دست آمده برای آماره های Z محاسبه شده متغیرهای مورد مطالعه در سطح آلفا $\alpha=0/05$ ، معنادار نیستند ($\text{Sig}>0/05$)، لذا فرض H_0 تایید و فرض H_1 رد می گردد. بنابراین، چنین استنباط میشود که متغیرهای مورد مطالعه در مرحله پس از توزیع نرمال برخوردارند. برای بررسی همگنی (همسانی) واریانس ها نمره های آزمودنی ها در بین گروه های مورد مطالعه، از آزمون لوین استفاده شده و نتایج نشان داد که مقادیر به دست آمده برای آماره های F آزمون لوین محاسبه شده در سطح $\alpha=0/05$ ، معنادار نیستند ($\text{Sig}>0/05$)، لذا فرض همگنی واریانس ها تایید می شود. همچنین نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون با آماره های آزمون F محاسبه شده در سطح

در (جدول ۱) میانگین متغیرهای مورد مطالعه در پیش آزمون و پس آزمون دو مداخله و کنترل نشان داده شده است. یافته های این جدول نشان می دهد که بین نمره های پیش آزمون و پس آزمون گروه مداخله در متغیرهای تنش، افسردگی، اضطراب، خلاقیت، اعتماد، گرایش، مهارگری، درماندگی و اجتناب تفاوت قابل ملاحظه ای وجود دارد.

برای مشخص کردن معناداری تفاوت بین متغیرهای مورد مطالعه از تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده شد. ابتدا مفروضه های لازم جهت انجام تحلیل کوواریانس بررسی شد که نتایج هر کدام از پیش فرض ها به تفکیک، در زیرگزارش گردیده است: برای بررسی نرمالیت توزیع خرده مولفه های روانشناختی (افسردگی، اضطراب، تنش) و سبک های حل مساله (خلاقیت، اعتماد، گرایش، مهارگری،

$\alpha=0.05$ نشان داد که فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار است ($\text{Sig}>0.05$).

جدول ۲: آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره مربوط به مقایسه نمره های خرده مولفه های روانشناختی در مرحله پس آزمون

نوع آزمون	مقدار آماره	F	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	P-value	مجذور اتا
اثر پیلابی	۰/۵۷۳	۳/۷۸۳	۵	۳۳	۰/۰۰۸	۰/۲۲
لامبدای ویلکز	۰/۵۶۸	۳/۸۳۶	۵	۳۳	۰/۰۰۷	۰/۴۲
اثر هتلینگ	۰/۷۳۸	۳/۰۵۳	۵	۳۳	۰/۰۰۵	۰/۵۹
بزرگترین ریشه روی	۰/۶۳۷	۵/۷۱۵	۵	۳۳	۰/۰۰۳	۰/۳۴

پس آزمون، بین میانگین نمره های حداقل یکی از خرده مولفه های روانشناختی در بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنادار وجود دارد.

همانطور که نتایج (جدول ۲) نشان می‌دهد، مقدار محاسبه شده برای آماره F آزمون بزرگترین ریشه روی در سطح $P\text{-value}=0.03$ ، معنادار است ($P\text{-value}<0.03$)، بنابراین، چنین استنباط می‌شود که در مرحله $(F=5/715)$ ،

جدول ۳: آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره مربوط به مقایسه نمره های خرده مولفه های روانشناختی در مرحله پس آزمون

خرده مولفه های روانشناختی	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P-value	مجذور اتا (η^2)
افسردگی	پس آزمون	۳۳۳/۵۷	۳	۵۶/۳	۵/۷۳۵	۰/۰۲۵	۰/۸۴
	پیش آزمون	۵۵۳/۵۵۵	۳۸	۳۳/۸۰۶			
اضطراب	پس آزمون	۳۳۳/۷۷۳	۳	۳۵۵/۸۸۶	۳۰/۷۶۳	۰/۰۰۳	۰/۳۹۸
	پیش آزمون	۵۵۰/۵۰۳	۳۸	۳۵/۵۸۵			
تنش	پس آزمون	۳۸۳/۶۳۳	۳	۸۵/۸۳۳	۶/۳۵۷	۰/۰۰۵	۰/۵۳۱
	پیش آزمون	۵۸۳/۸۳۳	۳۸	۲۵/۳۳۸			

چنین استنباط می‌شود که در مرحله پس آزمون، بین میانگین نمره های خرده مولفه های روانشناختی افسردگی، اضطراب و تنش دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنادار وجود دارد.

همان طور که نتایج (جدول ۳) نشان می‌دهد، مقدار محاسبه شده برای آماره F مربوط به خرده مولفه های افسردگی در سطح $\alpha=0.035$ ، $(F=5/735, \text{sig}<0.05)$ ، اضطراب در سطح $\alpha=0.03$ ، $(F=30/763, \text{sig}<0.05)$ و تنش، در سطح $\alpha=0.005$ ، $(F=6/357, \text{sig}<0.05)$ معنادار است، بنابراین،

جدول ۴: آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره مربوط به مقایسه نمره های خرده مولفه های سبک های حل مساله در مرحله پس آزمون

نوع آزمون	مقدار آماره آزمون	آماره F	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	P-value	مجذور اتا
اثر پیلابی	۰/۵۱۲	۲/۹۱۲	۵	۳۳	۰/۰۰۶	۰/۲۸۹
لامبدای ویلکز	۰/۵۴۱	۲/۶۴۸	۵	۳۳	۰/۰۰۵	۰/۳۹۸
اثر هتلینگ	۰/۶۰۵	۲/۱۲۰	۵	۳۳	۰/۰۰۵	۰/۴۸۷
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۹۷	۳/۹۸۵	۵	۳۳	۰/۰۰۲	۰/۳۱۴

$(F=)$ ، بنابراین، چنین استنباط می‌شود که در مرحله پس آزمون، بین میانگین نمره های حداقل یکی از خرده مولفه های سبک های حل مساله در بین گروه‌های مورد

همانطور که نتایج (جدول ۴) نشان می‌دهد، مقدار محاسبه شده برای آماره F آزمون بزرگترین ریشه روی در سطح $P\text{-value}=0.002$ ، معنادار است ($P\text{-value}<0.05$)، $3/985$

مطالعه تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد که، مقدار محاسبه شده برای آماره $F=5/01$ مربوط به سبک های حل مساله در سطح $P\text{-value}=0/004$ ، $P\text{-value}<0/05$ ، $F=5/735$ معنادار است، بنابراین، چنین استنباط می شود که در مرحله پس آزمون، بین میانگین نمره های سبک های حل مساله دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر رفتاردرمانی گفتگویی بر مؤلفه های روانشناختی (تنش، اضطراب، افسردگی) و سبک های حل مسئله در دانش آموزان دوره متوسطه اول شهرستان سنندج انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که رفتار درمانی گفتگویی موجب تغییر سطح میزان مؤلفه های روانشناختی (تنش، اضطراب، افسردگی) و سبک های حل مسئله می شود. این یافته ها با نتایج مطالعات (۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷) همسو و با نتایج مطالعات (۲۱، ۲۸) ناهمسو می باشد. مقایسه و تبیین یافته های این مطالعه با مطالعات دیگر (۲۴، ۲۵) که آن ها نیز به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی گفتگویی بر میزان مشکلات روانشناختی آزمودنی ها پرداخته بودند، می توان گفت که در رفتاردرمانی گفتگویی از شیوه های شناختی نظیر تن آرامی، آموزش تنظیم هیجانات برای بهبود تحریفات شناختی، خطاهای شناختی و نحوه مقابله با این شناخت ها، فنون مقابله با تنش و افکار منفی استفاده می شود که همه این عوامل باعث می شود که فرد افکار منفی را از ذهن خود حذف کرده و زمینه برای بهبود علائم روانشناختی فراهم می شود. همچنین مقایسه یافته های این مطالعه با مطالعات پیشین (۲۷) که آن ها نیز به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی گفتگویی بر میزان مشکلات روانشناختی آزمودنی ها پرداخته بودند، و در تبیین نتایج بدست آمده می توان گفت که در رفتار درمانی گفتگویی از فنون رفتاری نظیر مواجهه خیالی و واقعی برای درک شایستگی و ارتباط های ادراک شده استفاده می شود. در به کارگیری مواجهه با استفاده از حساسیت زدایی منظم به مراجع آموزش داده می شود که به صورت تدریجی با افرادی که در کنار آن ها احساس ناراحتی و عدم شایستگی می کند و نمی تواند با آن ها ارتباط برقرار کند همراه با فن تن آرامی مواجه شوند و به مرور تنش، ناراحتی و اضطراب خود را کم کنند و از این طریق احساس ارتباط و شایستگی را دریافت

نمایند.

بنابراین، رفتار درمانی گفتگویی از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی افزایش سطح شایستگی و ارتباط ادراک شده می شود و متعاقب آن باعث افزایش استفاده بهینه از سبک های مفید حل مساله در افراد می شود. در روش رفتاردرمانی گفتگویی به چگونگی ادراکات فرد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزختگی، الگوهای فکری و واکنش های احساسی پرداخته می شود و از سبک های حل مساله به عنوان عامل اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر شناخت مرتبط با دامنه وسیعی از رفتارهای مورد نیاز در کاهش افسردگی استفاده می شود (۴۲) با استفاده از مؤلفه آموزش مهارت ها و جایگزینی ارتباط و شایستگی ادراک شده با پوچ گرایی و عدم ارتباط مثبت با دیگران و محیط اطراف به کاهش سطح افسردگی افراد کمک می شود. در این روش به افراد در تنظیم شناخت به روش های کارآمد و سالم آموزش داده می شود. در طول آموزش اکتساب مهارت ها، درمانگر نقایص مربوط به توانایی های معطوف به هدف را مورد سنجش قرار داده و به مراجعان مهارت های لازم را از طریق آموزش و سرمشق دهی یاد می دهد. در این مرحله درمانگر از مهارت های کسب شده مراجع حمایت و احتمال استفاده از این مهارت ها را افزایش می دهد و با این کار معنایابی و سطح علائم روانشناختی را در افراد تحت درمان کاهش می دهد (۴۲).

در تبیین یافته های این مطالعه پیرامون تاثیرگذاری رفتاردرمانی گفتگویی بر سبک های حل مساله دانش آموزان می توان گفت که، در رفتار درمانی گفتگویی سعی می شود که با افراد دچار تنش و اضطراب و افسردگی پیرامون مشکلات روانشناختی که دارد بحث شود و لذا همین مباحثه و دیالکتیک سبب می شود که افراد سبک های منفی حل مساله همانند درماندگی و اجتناب را که نشات گرفته از شرایط روحی آن ها هست به سبک های مثبت همانند اعتماد و خلاقیت تغییر دهند.

علاوه بر این، در مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعات قبلی همسو (۲۶، ۲۷) که به بررسی تاثیر رفتاردرمانی گفتگویی بر میزان افسردگی و اضطراب آزمودنی ها پرداخته بودند، با نتایج مطالعه فعلی می توان این تبیین را ارائه کرد که یکی از عوامل مهم در شکل گیری افسردگی پوچ گرایی و کاهش سطح معنا است. باتوجه به این که در درمان فوق روی افزایش معنا و کاهش سطح پوچ گرایی تأکید می شود، این روش می تواند در بهبود سطح علائم

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که رفتاردرمانی گفتگویی بر مؤلفه های روانشناختی (تنش، اضطراب، افسردگی) و سبک های حل مسئله در دانش آموزان مبتلا به افسردگی تاثیر معناداری داشته است. بنابراین، پیشنهاد می شود که مسئولین حوزه پژوهش و درمان اختلالات در دانش آموزان از دستورالعمل رفتاردرمانی گفتگویی به جهت تاثیر مثبت و معنادار بر میزان افسردگی، به صورت کاربردی برای دانش آموزانی که مبتلا به افسردگی هستند، استفاده کنند. این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش ها با محدودیت هایی از جمله استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی و انجام مطالعه روی دانش آموزان شهر سمنان روبه رو بود. بنابراین در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته موضوع رساله دکترا دانشجو فهیمة یارویسی با راهنمایی خانم دکتر زینب میهن دوست می باشد که با شناسه اخلاق IR.IAU.ILAM. REC.1398.015 در تاریخ ۱۳۹۷/۸/۱۴ مصوب گردیده است. بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این مطالعه همکاری کردند، تشکر و قدردانی می گردد.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارضی منافی را گزارش نکرده اند.

روانشناختی مؤثر واقع شود. همچنین می توان گفت که رفتار درمانی گفتگویی از طریق راهبردهایی چون شناسایی باورهای فراشناختی منفی و نحوه مقابله با آن ها، و برنامه های درمانی اختلال افسردگی که شامل راهبردهای مقابله شناخت محور از قبیل ارائه پاسخ های شناختی مناسب در برابر اضطراب، افسردگی، سرزنش خود، تضاد شناختی، افکار مزاحم، خوداشتغالی و خیال پردازی برای تعدیل موقعیت استفاده می شود، موجب بهبود سطح علائم روانشناختی و سبک های حل مساله می گردد. از طرف دیگر، این یافته ها را می توان این گونه تفسیر کرد که معنایابی با افسردگی روانی ارتباط قوی داشته و افراد دارای سطح معنای کم، احتمال بیشتری دارد که به افسردگی روانی مبتلا شوند. لذا این روش با افزایش تسلط و توانمندی افراد مبتلا، می تواند در ارتقاء سطح معنای آنان مؤثر باشد.

یافته های این مطالعه با مطالعات Suyi و همکاران (۲۱) و Asmand و همکاران (۲۸) ناهمسو بود. از دلایل تبیین و تفسیر این ناهمسویی می توان به این نکته اشاره کرد که نمونه مورد مطالعه در این مطالعات با هم متفاوت بوده است. لذا تفاوت یافته بعلا متفاوت بودن نمونه می باشد. از سویی دیگر، در روش کار از دستورالعمل رفتاردرمانی گفتگویی با تاکید بر شناخت درمانی استفاده شده بود در حالی که در مطالعه حاضر از دستورالعمل رفتاردرمانی گفتگویی برای اثر بخشی بر میزان اضطراب، تنش و افسردگی افراد نمونه استفاده شده است.

References

1. Keikhay F. [The effectiveness of group assertive training on social anxiety, academic success and social skills among male students of Iranshahar high schools]. Educational Psychology. 2011; 2(1), 106-103. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=267151>
2. Sarafino EP, Smith TW. Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. John Wiley & Sons; 2014 Jan 13. <https://www.wiley.com/en-us/Health+Psychology%3A+Biopsychosocial+Interactions%2C+9th+Edition-p-9781119299486>
3. Basampour SH. [The effect of preoperative training on anxiety level before and after surgery in patients undergoing open heart surgery]. Journal of Payesh. 2005; 3(2): 144-139. <https://www.sid.ir/En/Journal/ViewPaper.aspx?ID=5560>
4. Black JM, Hawks JH, Medical-Surgical: Clinical Management for Positive Outcomes. 8th edition, Saunders Co, New York, 2008.
5. Tavakkoli S, Saffarinia M, Asaadi MM, Javidan AN, Hajiaghababaei M. To construction and standardization of the waiting anxiety questionnaire (WAQ) in Iran. Iranian Journal of Psychiatry. 2014;9(3):163.
6. Zahra Kar K. [Stress Advice (Outcomes, Consequences, and Stress Management Strategies)]. Tehran: Ball. 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4277807/>
7. Rezai MS, Bagheri-Nesami M, Nikkhah A. [Catheter-related urinary nosocomial infections in intensive care units: An epidemiologic study in North of Iran. Caspian Journal of Internal Medicine]. 2017;8(2):76.
8. Dadsetan P, Hajizadegan M, Alipour A, Asgri A. [Validation and determining the factor structure of adolescent coping strategies]. Iranian

- Psychology Quarterly. 2008; 3(11): 189-208. <http://casppjim.com/article-1-779-en.html>
9. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Sadock BJ, Virginia A Sadock VA, Ruiz P, Kaplan H I. 9th Edition, Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, ©2009 <https://sites.kowsarpub.com/ijpbs/articles/12108.html>
 10. Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A, Yavari P, Saei R. [Prevalence of mental disorders in general population of Kashan City]. *Specialized Magazine Epidemiology of Iran*. 2008; 4(2): 43-49. <https://www.worldcat.org/title/kaplan-sadocks-comprehensive-textbook-of-psychiatry/oclc/297801787>
 11. Ciasca EC, Ferreira RC, Santana CL, Forlenza OV, dos Santos GD, Brum PS, Nunes PV. Art therapy as an adjuvant treatment for depression in elderly women: a randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2018 Sep;40(3):256-63. <https://irje.tums.ac.ir/article-1-81-en.html> <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2250>
 12. Gordon BN, Schroeder CS. *Assessment and Treatment of Childhood Problems: A Clinician's Guide*. 2nd edition, Guilford Press, England.2002.
 13. Helen O. Correlate of social problem-solving and adjustment among secondary school students in Ondo State, Nigeria. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011 Jan 1;30(14): 1598-602. <https://core.ac.uk/download/pdf/82446798.pdf>
 14. Simon HA. Information-processing theory of human problemsolving. *Handbook of learning and cognitive processes*. 1978;5(21): 271-95. [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadhkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=255411](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadhkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=255411)
 15. Alton-Lee A. *Quality teaching for diverse students in schooling: Best evidence synthesis* June 2003. Wellington, New Zealand: Ministry of Education; 2003.
 16. Seyedfatemi N, Khshnavayefoomani F, Behbahani N, Hoseini F. [Relationship between problem solving skill and ecstasy usage among adolescents]. *IJPN*. 2013; 1 (1) :19-27. http://ijpn.ir/browse.php?a_id=25&sid=1&slc_lang=en
 17. Cassidy T, Long C. Problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multifactorial measure. *British Journal of Clinical Psychology*. 1996;35(2):265-77. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8773802/>
 18. Chambers R, Gullone E, Allen NB. Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*.2009; 29(6): 560-572. https://www.researchgate.net/publication/26695867_Mindful_emotion_regulation_An_integrative_review
 19. Brown K W, Ryan R M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 84(4): 822-848. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12703651/>
 20. Hofmann S G, Gómez A F. Mindfulness-Based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric Clinics*. 2017; 40(4): 739-749. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>
 21. Suyi Y, Meredith P, Khan A. Effectiveness of Mindfulness intervention in reducing stress and burnout for mental health professionals in Singapore. *Explore: The Journal of Science and Healing*.2017; 13(5): 319-326. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2017.06.001>
 22. Zamani N, Abyar Z, Jahangir A H, Badii S, Zamani S, Kaboodi A. [The effectiveness of Dialectical Behavior Therapy with emphasis on the distress tolerance and emotional regulation on depression symptoms in patients with psychiatric disorders]. *Health Research Journal*. 2019; 4 (4) :197-202. <https://doi.org/10.29252/hrjbaq.4.4.197>
 23. Zargar F, Haghshenas N, Rajabi F, Tarrahi MJ. [Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on executive function, emotional control and severity of symptoms in patients with bipolar I disorder. *Advanced Biomedical Research*. 2019;8(1): 59-67. https://doi.org/10.4103/abr.abr_42_19
 24. Damanjani M, Kimiaei SA, Hassanabadi H. [The effectiveness of Cognitive-Humanist Group Therapy on improving communication skills and problem solving in married women]. *Clinical Psychology Research*. 2017; 7(1): 38-51. <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-535-en.html>
 25. Zamani N, Farhadi M, Jenaabadi H. Comparison effectiveness of dialectic behavioral therapy and behavior cognitive therapy on depression in the multiple sclerosis]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2017 10;10(12):77-86. <http://journal.muq.ac.ir/article-1-289-en.html>
 26. Mami Sh, Ebrahiman Sh, Soltani Sh. [The effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on depression symptoms, anxiety and stress in patients with neurological disorders]: Case study of four patients. *Urmia Medical Journal*. 2016; 27(5): 384-392. http://umj.umsu.ac.ir/browse.php?a_id=3551&slc_lang=fa&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
 27. Radfr SH, Molazamani F, Kavei S. [Comparison of the effectiveness of two methods of treatment based on admission and commitment and Dialectical Behavioral Therapy on coping disorder in a military hospital]. *Military Psychology*.2016; 7(25): 19-5. https://journals.ihu.ac.ir/article_201216.html
 28. Asmand P, Mami S, Valizadeh R. Efficacy of Dialectical Behavioral Therapy in irrational

- belief and anxiety among young male prisoners with antisocial personality disorder in Ilam prison. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*. 2014; 24(3):159-67. http://tmuj.iautmu.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1
29. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*. 1996; 67(3):588-97. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8991972/>
 30. Toledano-Toledano F, Domínguez-Guedea MT. Psychosocial factors related with caregiver burden among families of children with chronic conditions. *BioPsychoSocial Medicine*. 2019; 13(1): 6-19. <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13030-019-0147-2>
 31. Dobson K, Stefan J, Mohammad Khani P. [Psychometric co-ordinates of the Beck Depression Inventory in a large sample of people with major depressive disorder]. *Enrichment*. 2018; 29(4): 80-86. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=93317>
 32. Beck A T, Epstein N, Brown G, Sreer R A. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988; 56 (6):893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
 33. Toledano-Toledano F, de la Rubia JM. Factors associated with anxiety in family caregivers of children with chronic diseases. *BioPsychoSocial Medicine*. 2018;1;12(1):20-39. <https://doi.org/10.1186/s13030-018-0139-7>
 34. Kaviani H, Mousavi AA. [Psychometric properties of Beck Anxiety Inventory in Iranian age and sex]. *Tehran Medical Sciences*. 2008; 66(2): 140-136. <https://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-fa.html>
 35. Vahidy S, Kooshan M, Khosrowrad, Tabraei Y, Shegerf Nakhaei MR. [The effect of training emotional intelligence components on anxiety of nurses working in Sabzevar]. *Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015; 22 (5): 805-814. http://jsums.medsab.ac.ir/article_759.html
 36. Lovibond P F, Lovibond S H. The structure of negative emotional states: Comparison of Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*. 1995; 33(3): 335-343. <https://psycnet.apa.org/record/1995-35504-001>
 37. Asghari Moghadam M A, Sa'ed F, Dibajnia P, Zanganeh J. [Preliminary evaluation of reliability of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in non-clinical samples]. *Journal of Daneshvar Behavior*. 2008; 15(31): 38-23. <https://scholar.google.com/citations?user=s6ggAF8AAAAJ&hl=en>
 38. Golchin A. [The relationship between psychological variables of anxiety, depression and quality of life with spiritual intelligence in diabetic patients in Isfahan] the first International Conference on New Research in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences, Tehran, 2019. <https://civilica.com/doc/526692/>
 39. Yadegari N, Maqami Sharif Z, Borjali A. [The relationship between attachment styles, anxiety and depression]. *International Conference on Research in Behavioral and Social Sciences, Turkey, Istanbul, 2015*. <https://civilica.com/doc/441062/>
 40. Cassidy T, Long C. Problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multifactorial measure. *British Journal of Clinical Psychology*, 1996; 35(2): 265-277. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01181.x>
 41. Pargament KI, Kennell J, Hathaway W, Grevengood N, Newman J, Jones W. 1988. Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1988; 27(1):90-104. <https://doi.org/10.2307/1387404>
 42. Mohammadi N. [The relationship between problem solving styles and general health]. *Psychology*. 2005; 32(8): 336-322. <https://jorjanijournal.goums.ac.ir>
 43. Jafarzadeh A, Emamipour S, Sepah Mansour M, Jafarzadeh R. [Comparison of problem solving styles and self-efficacy beliefs in high school students in model and regular schools]. *Quarterly Journal of Education and Learning*. 2013; 6 (22): 110-99. <https://europepmc.org/article/med/30555968>
 44. Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 1987;51(3):261-277. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3580661/>
 45. Ghadmpour A, Yousefvand M, Farrokhzadian A. [The effect of Conversational Behavioral Therapy on changing the level of positive and negative metacognitive beliefs and concerns about the body image of depressed female students]. *Quarterly Journal of New Psychological Research*. 2018; 13 (49): 21-40. http://ijpn.ir/browse.php?a_id=992&sid=1&slc_lang=en